



Avdeling/post:

Tlf:

Hjemmetjenestesone/sykehjem:

Tlf:

Pasientnavn:

Fødselsnummer:

Adresse:

Belastes: Resept/e-resept Institusjon: _____

Gyldighet: Engangsekspedisjon

Rekvisisjonen er gyldig i maksimalt (tidsperiode e.l.): _____

Merk: All levering skal avtales med produksjonsavdelingen per telefon før bestilling fakses/leveres.

Tromsø: tlf: 77 78 18 02, faks: 77 62 62 68 Bodø: tlf: 77 78 18 08

SAMMENSETNING AV MEDIKAMENTBLANDINGEN:

Som standard fortynningsmedium benyttes Natriumklorid 9 mg/ml

| Virkestoff | Dose pr døgn | Hastighet ml/t | Evt. Konsentrasjon |
|------------|--------------|----------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Forventes bruk av bolusdose:

Nei Ja, bolusdose: _____ per bolus. Antall bolus per døgn: _____

Emballasje

Kassett til CADD 50 ml 100 ml 250 ml

Forlengesslange 76 cm 114 cm 152 cm

Infusjonspose + CADD adapter (blindkassett) Volum: _____

Infusjonstype

Subkutan

Intravenøs

Spinal

Epidural Epiduralfilter (gjelder Bodø)

Dato:

Rekvirerende lege

HPR.nr.

tlf:

(sign) _____

